Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee

Solicitud de servicios de intervención familiar

Este formulario se debe usar para hacer derivaciones a Intervención Familiar o Servicios de Apoyo Familiar.

Nombre del niño: _____ **Fec. Nac.** _____ **No. de SS** _____

Grado: _____ **Escuela:** _____ **¿Con respecto a los niños?:** ☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre del niño: _____ **Fec. Nac.** _____ **No. de SS** _____

Grado: _____ **Escuela:** _____ **¿Con respecto a los niños?:** ☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre del niño: _____ **Fec. Nac.** _____ **No. de SS** _____

Grado: _____ **Escuela:** _____ **¿Con respecto a los niños?:** ☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre del niño: _____ **Fec. Nac.** _____ **No. de SS** _____

Grado: _____ **Escuela:** _____ **¿Con respecto a los niños?:** ☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre del niño: _____ **Fec. Nac.** _____ **No. de SS** _____

Grado: _____ **Escuela:** _____ **¿Con respecto a los niños?:** ☐ **Sí** ☐ **No**

Fecha de la derivación: _____ **Tipo de referencia:** ☐ FSS ☐ FCIP **ID de caso actual de DCS (si corresponde):** _____

Fuente de la derivación _____ **Nombre del referente:** _____

No. de teléfono _____ **Correo electrónico:** _____

Ordenado por el Tribunal: ☐ Sí ☐ No **Participación de los tribunales:** ☐ Sí ☐ No **Juez/ Jurisdicción:** _____

Próxima fecha de audiencia: _____ **Enlace con el Tribunal de DCS:** _____

¿La familia tiene conocimiento de la derivación? ☐ Sí ☐ No

¿Es este un caso de abuso grave? ☐ Sí ☐ No **¿Es este un caso CARA?** ☐ Sí ☐ No

Motivo de la participación/acusaciones:

Check the "Forms" Webpage for the current version and disregard previous versions. This form may not be altered without prior approval.
Distribution: Family/Client, Child Case File

Para Referencias de Intervención en Crisis Familiares:

Derivación de caso a FCIP: ☐ **Conflicto familiar** ☐ **Fugitivo** ☐ **Ausentismo escolar** ☐ **Rebeldía**

¿Alguna vez el menor ha sido acusado de un delito? ☐ **Sí** ☐ **No** **¿Adjudicados?:** ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Libertad condicional?: ☐ **Sí** ☐ **No** **¿Tipo?:** _____

Condiciones de la libertad condicional: _____

Nombre de la PO: _____ **Teléfono de PO:** _____ **PO correo electrónico:** _____

<u>Solo para derivaciones por ausentismo escolar</u>:

¿El niño/joven tiene al menos diez (10) ausencias injustificadas? ☐ **Sí** ☐ **No** **¿Cuántos?:** _____

Se ha proporcionado <u>documentación</u> de lo siguiente:

Una carta a la familia para notificarles el problema: ☐ **Sí** ☐ **No**

Una derivación a la junta de ausentismo escolar, cuando corresponda ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Los padres fueron multados? ☐ **Sí** ☐ **No**

Dirección actual de los niños, incluido el condado de colocación:

1. _____
2. _____
3. _____

¿Tiene el niño un GAL o un abogado defensor? ☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico:** _____

Madre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Número de segura social** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Abogado de la Madre: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico:** _____

Padre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Número de segura social** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

¿Legitimada? ☐ **Sí** ☐ **No**

Abogado del Padre: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico:** _____

Custodio/ Cuidador: _____ **Dirección:** _____ **Teléfono:** _____

Otro Abogado: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico:** _____

Abogado de DCS: _____

Check the "Forms" Webpage for the current version and disregard previous versions. This form may not be altered without prior approval.
Distribution: Family/Client, Child Case File

Enumere a otros miembros del hogar en la colocación / hogar de los niños: ☐ **Ninguno**

Nombre: _____ **Fec. Nac./Edad:** _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Fec. Nac./Edad:** _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Fec. Nac./Edad:** _____ **Relación:** _____

Nombre: _____ **Fec. Nac./Edad:** _____ **Relación:** _____

Enumere a otras personas significativas involucradas con la familia (hermanos, familia extendida, otros apoyos):

Nombre: _____ **Fec. Nac./Edad:** _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Fec. Nac./Edad:** _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Fec. Nac./Edad:** _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Fec. Nac./Edad:** _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

IPA completado: ☐ **Sí** ☐ **No** **Fecha y estado:** _____

Fecha de Presentación de la Petición: _____

Restricciones de visita para padres/otras personas: **Madre:** _____ **Padre:** _____

Otra: _____

Plan de visitas:

¿El menor tiene TennCare? ☐ **Sí** ☐ **No** **TennCare Tipo:** _____ **Tipo de seguro privado:** _____

Problema que presenta. Explique por qué se necesitan los servicios:

Servicios actuales y todas las necesidades médicas/de salud mental aplicables: *(salud mental, salud física, escuela, libertad condicional, A&D, PCP, TEIS, CHANT, servicios en el hogar, etc.)*

Con respecto al nombre de la persona	Diagnóstico	Nombre de la agencia	Nombre del trabajador proveedor	Número de proveedor/correo electrónico	Servicio prestado	¿Servicio de pago de DCS-CSR?	Estado de finalización

Barreras para completar los servicios (si las hubiera): _____

Otra información relevante (si corresponde): _____

Fecha de la última prueba de drogas	Persona Testeada	Resultados

Firma del Líder del Equipo de Referencia: _____

Los detalles a continuación se completarán al recibir al Líder de Equipo:

Fecha en que se <u>recibió</u> la derivación finalizada: _____

Fecha/Hora de la Reunión de Transferencia: _____

Nuevo Administrador de Casos Asignado: _____ **Nuevo Líder de Equipo Asignado:** _____

Administrador de casos que refirió: _____ **Líder de equipo que refirió:** _____

¿Se acepta la referencia? ☐ **Sí** ☐ **No (La negación requiere una justificación):**

Firma del Jefe de Equipo que recibe: _____